

PROGRAMA DE SERVICIOS MÉDICOS DEL CONDADO
NOTIFICACIÓN DE ACCIÓN
SOBRE LOS BENEFICIOS LIMITADOS A
LOS SERVICIOS MÉDICOS DE EMERGENCIA

(COUNTY STAMP)

Nombre del caso: _____
Número del caso: _____
Distrito: _____
Beneficios limitados para: _____
(Nombres)

A partir del _____ usted reunirá los requisitos para recibir beneficios LIMITADOS de CMSP, lo que le permitirá recibir servicios médicos de emergencia. Pronto, usted recibirá por correo, una Tarjeta de Identificación de Beneficios (BIC) de plástico. Esta tarjeta es buena mientras usted reúna los requisitos para recibir beneficios de CMSP. LLEVE ESTA TARJETA A SU PROVEEDOR MÉDICO CADA VEZ QUE NECESITE RECIBIR CUIDADO. NO TIRE SU TARJETA DE IDENTIFICACIÓN DE PLÁSTICO.

Una condición médica de emergencia es una condición médica que se manifiesta a través de síntomas agudos de suficiente gravedad, incluyendo dolor severo, que si no se les da la atención médica inmediata podría esperarse razonablemente que ocasionaran cualquiera de las siguientes condiciones: poner la salud del paciente en peligro serio, un impedimento serio de las funciones corporales o la disfunción seria de cualquier órgano o parte del cuerpo. Un doctor u otro proveedor médico apropiado tiene que certificar la emergencia (en conformidad con la sección 51056 del Título 22 del Código de Ordenamientos de California). El Departamento de Servicios de la Salud puede revisar la decisión del proveedor en el sentido de que existió una emergencia y de que ciertos servicios de continuidad de tratamiento estaban médicamente justificados.

- Se ha aprobado su solicitud para recibir beneficios limitados.
- Se negó su solicitud para recibir beneficios completos de CMSP. En su lugar, le hemos otorgado la elegibilidad para recibir servicios de tratamiento médico de emergencia.

Tomamos esta acción porque usted es un extranjero que:

- No tiene un estado de inmigración satisfactorio, de acuerdo con la información que se recibió del Servicio de Inmigración y Naturalización (INS).
- No tiene pruebas que documenten su estado de inmigración satisfactorio para propósitos de CMSP.
- Ha sido admitido(a) a los Estados Unidos como un(a) extranjero(a) no inmigrante durante un período de tiempo limitado.
- Puesto que sus ingresos fueron mayores que la cantidad permitida para gastos necesarios para vivir, usted tiene una parte del costo que tiene que pagar o comprometerse a pagar en relación al costo del cuidado médico que se recibió. Su parte del costo es de \$ _____ a partir del _____. Su parte del costo se calculó de la siguiente manera:

Ingresos Brutos	\$ _____
Ingresos Netos que no Están Exentos	\$ _____
Ingresos Necesarios para Mantenerse	\$ _____
Ingresos en Exceso/Parte del Costo	\$ _____

Lleve su tarjeta de plástico consigo cada vez que reciba cuidado médico. La cantidad que usted tiene que pagar o la que se compromete a pagar a los proveedores se calculará automáticamente. Después de que se haya pagado la totalidad o comprometido a pagar su parte del costo, usted no tendrá que pagar por los servicios médicos recibidos ese mes de los proveedores de Medi-Cal.

Esta acción la exigen la sección 1498 et seq. del Título 17 del Código de Ordenamientos de California.

Si tiene alguna pregunta acerca de esta acción, o si existen más datos acerca de sus condiciones que no nos ha informado, por favor escriba o llame por teléfono. Le contestaremos sus preguntas o haremos una cita para verle. Usted nos tiene que informar sobre todos los cambios de su estado migratorio. Un cambio en su estado podría darle el derecho de recibir beneficios completos de CMSP, en lugar de servicios limitados solamente.

_____ Trabajador(a) de Elegibilidad _____ Teléfono _____ Fecha

POR FAVOR LEA EL REVERSO DE ESTE AVISO